

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 206

Contribution à l'Etude
des Phénomènes douloureux
dus aux Scaphoïdes accessoires du pied

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 29 Avril 1924

PAR

Radomir VLADITCH

né à LOZNITZA (Serbie) le 30 Novembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX DUS AUX
SCAPHOÏDES ACCESSOIRES DU PIED



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 206

Contribution à l'Etude
des Phénomènes douloureux
 dus aux Scaphoïdes accessoires du pied

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 29 Avril 1924

PAR

Radomir VLADITCH

né à LOZNITZA (Serbie) le 30 Novembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAMZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X ..
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;
DUNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE
DE MON PÈRE
ET DE MA SŒUR LJOUBICA

A MA MÈRE

En humble témoignage de ma profonde
affection et de toute ma reconnaissance.

A MES CHERS SŒURS, FRÈRES
ET BEAUX-FRÈRES

A TOUTE MA FAMILLE

A MON CONCITOYEN M. PILIPOVITCH RADOMIR

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR OUROCHE KROULJ
Chef du Service Sanitaire pour Bosnie et Herzégovine

Gratitude infinie.

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
de l'Hôpital Général d'Etat de la Ville
de SARAJEVO

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BÉRARD

*Professeur de la Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il nous fait aujourd'hui le grand honneur
de présider notre thèse. Nous le prions
d'agréer l'hommage de nos plus respec-
tueux remerciements.

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. SANTY

Chirurgien des Hôpitaux

Il a été pour nous un Maître bienveillant ;
il nous a toujours accueilli avec amabilité ;
il nous a inspiré le sujet de ce travail et
nous a prodigué ses conseils et son aide.
Qu'il veuille bien agréer ici l'expression
de notre sincère gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

Nous tenons à remercier

MM. LES DOCTEURS JAPIOT ET GALLOIS

Pour leur aimable accueil à propos de
nos recherches au laboratoire de Radio-
logie de l'Hôtel-Dieu et au Musée d'Anato-
mie de la Faculté.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX DUS AUX
SCAPHOÏDES ACCESSOIRES DU PIED

Introduction.

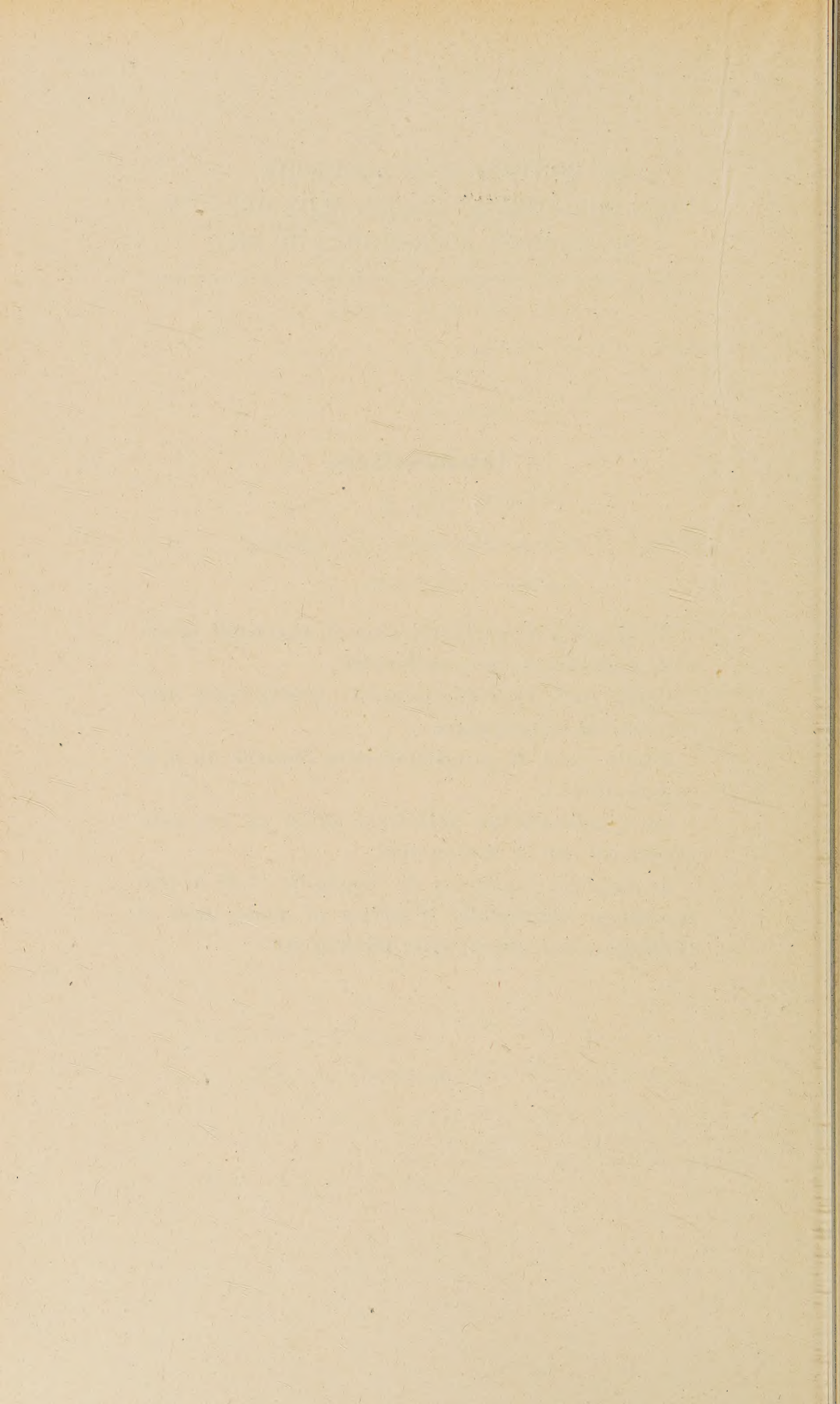
A l'occasion d'une observation du scaphoïde accessoire douloureux, on a recherché :

D'une part, les renseignements anatomiques concernant cet os accessoire ;

D'autre part, la proportion dans laquelle on peut le rencontrer ;

Les conditions qui paraissent entrer en jeu pour rendre cet osselet douloureux ;

Et enfin les conditions du diagnostic et de la thérapeutique chirurgicale à mettre en œuvre pour le traitement des phénomènes douloureux.



CHAPITRE PREMIER

Les considérations anatomiques concernant le Scaphoïde accessoire.

A) Le scaphoïde accessoire ou tibial externum est un petit os, de forme et de volume des plus variables. D'habitude, il se présente sous forme triangulaire, à base antérieure, uni au scaphoïde par du tissu fibreux ou fibro-cartilagineux, ou articulé avec lui. Il se trouve situé à la partie postérieure et interne du scaphoïde, dont il continue ainsi la tubérosité.

Il peut être rudimentaire, et alors adhère au ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, dont il semble être une ossification, ou au tendon jambier postérieur, dont il paraît être un sésamoïde.

M. le Professeur Testut décrit le scaphoïde dans son *Traité d'anatomie humaine* (tome I), en disant ceci : « Le tibial externum est un petit os de dix à douze millimètres de diamètre, situé sur le côté interne du scaphoïde. Il nous apparaît suivant deux modalités :

entièrement libre ou plus ou moins soudé avec le côté correspondant du scaphoïde. Il est très probable que le tubercule du scaphoïde n'est autre que le tibial externum entièrement soudé à la partie interne de ce dernier os. Quoi qu'il en soit, le tibial externum existe dans le plus grand nombre des mammifères et, à ce titre, doit être considéré comme un élément constitutif du tarse.

Il se présente, du reste, comme chez l'homme, soit à l'état d'isolement, soit à l'état de soudure. Chez certains animaux, comme chez les rongeurs, il existe pendant toute la vie à l'état libre.

Chez d'autres, comme chez l'ours (Carlson), chez le chien (Riascheff), chez le chat (Tornier), chez le gibbon (Kohlbrügge), il est libre seulement pendant la période fœtale et se soude, chez l'adulte, avec le scaphoïde.

D'après les recherches de Volkow, le tibial externum serait plus fréquent chez les nègres que chez les races européennes (Testut). »

Ce petit os, à surface lisse, de forme triangulaire ou arrondie, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros noyau de cerise, inconstant, mais quand même considéré par M. le Professeur Testut « comme un élément constitutif du tarse », proviendrait, pour M. A. Mouchet (*Revue d'Orthopédie*, 1914), « d'un point d'ossification interne » du scaphoïde tarsien. Donc, d'un point d'ossification supplémentaire, parce que nous savons, d'après M. le Professeur Testut, que le scaphoïde tarsien, comme, du reste, tous les os du tarse, excepté le calcanéum, se développe uniquement

par un point d'ossification spécial, apparaissant de 4 à 5 ans.

Déjà, avant M. Mouchet, en étudiant l'os tibial externum sous le nom « des exostoses symétriques des scaphoïdes tarsiens » (*Revue de Chirurgie*, 1904), c'est-à-dire des exostoses ostéogéniques qui se montrent surtout « sur les os courts qui ont des points d'ossification multiples », MM. Féré et Deniker émettaient une opinion pareille à celle M. Mouchet, en écrivant : « L'exostose paraît due à une anomalie primitive d'évolution : il s'est produit une exubérance du développement de l'os au niveau d'un point d'ossification accessoire. »

Pour nous, on peut considérer le tibial externum avec Pfitzner, comme un rappel de caractères ancestraux, et il ne faudra pas le confondre avec un sésamoïde du tendon du jambier postérieur.

B) HISTORIQUE. — L'os scaphoïde accessoire a été signalé déjà en 1605, par Bauhin, puis appelé, par Luschka, l'« os tibial externum ». Pfitzner en a donné, en 1886, une description anatomique complète. Le Professeur lyonnais Jaboulay l'appela, en 1889, l'« épiphyse du scaphoïde ».

MM. Féré et Deniker donnent, en 1904, un bel exemple, bilatéral, d'os tibial externum, en le dénommant « les exostoses symétriques des scaphoïdes tarsiens », mais sans rappeler l'existence anatomique de l'os tibial externum.

Cet os a été signalé en pathologie chirurgicale, depuis 1905, par Momburg.

Frœlich, de Nancy, publie en 1909 (*Revue Médicale de l'Est*) l'observation d'un cas de scaphoïde accessoire unilatéral devenu douloureux après un traumatisme. La même année (1909), un des élèves de Frœlich Erhinger, apporte la même observation dans sa thèse (*Des os surnuméraires du tarse et de leur importance pratique*), inspirée par Frœlich.

A partir de ce moment, il paraît que cet os a acquis son droit de cité dans la pathologie chirurgicale, et les observations sur lui se multiplient dans la littérature française et étrangère.

Ainsi, le Docteur Lapointe apporte une belle observation de cet os bilatéral devenu douloureux à gauche après un traumatisme (*Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1911).

Après lui, un Allemand, Einstmann, élève de Gangelé, apporte dans sa thèse (Leipzig, 1911) trois observations de cet os. Frœlich (*Revue d'Orthopédie*, 1913) publie son ancienne observation, à laquelle il ajoute encore quatre nouvelles observations de cet os uni ou bilatéral devenu douloureux dans trois cas, soit après un traumatisme, soit spontanément (après une fatigue de la marche).

Puis, le Docteur Mouchet (*Bull. de S. de Ch. de Paris*, 1913, et *Revue de Chir.*, 1913) publie six observations, tous des cas devenus douloureux spontanément (après la fatigue de la marche) ; et le Docteur Capette (*Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1913) fait une observation de cet os devenu douloureux aussi spontanément.

Depuis lors (1913), il paraît qu'on l'a oublié complètement, parce qu'on ne trouve pas de publications de nouveaux cas, excepté celui du Docteur Bressot, de Constantine, qui a été communiqué à la Société de Chirurgie de Lyon, au mois d'avril.

C) Nous avons considéré pour nécessaire d'apporter ici l'article du grand maître lyonnais Jaboulay, article qui est pour nous doublement intéressant :

1° Parce qu'il nous fait connaître l'opinion de ce grand chirurgien sur le sujet que nous traitons ;

2° Parce que, à ce moment-là, la radiographie n'existant pas encore ne nous permettait pas la vérification exacte des cas, qui ressemblaient cliniquement au cas apporté dans cet article, paru en 1889 (*Lyon Médical*, t. LXII, p. 486), et la pleine confirmation de l'exactitude de l'opinion, émise par Jaboulay, qui est toute en faveur d'un scaphoïde accessoire.

« J'ai observé, sur le pied d'un enfant de 12 ans, une épiphyse du scaphoïde droit et du scaphoïde gauche. Celle-ci, grosse comme un pois, était rattachée de chaque côté au tubercule de cet os et plus exactement à l'extrémité proximale de cette apophyse. Un cartilage parfaitement net la réunissait au scaphoïde.

C'est à cette épiphyse qu'il convient pour nous de rattacher les exagérations de volume du tubercule scaphoïdien, qui sont connues d'être rares et constituent parfois de véritables exostoses de croissance analogues à celles de la tubérosité antérieure du tibia. Cruveilhier en a rapporté un remarquable exemple (*Anat. descript.*, t. I, p. 329). »

« Cette apophyse, dit-il, est très considérable, très saillante dans certaines conformations du pied si bien qu'elle a pu être prise pour une exostose. »

Jaboulay concluait pour nous convaincre, que les individus porteurs de l'hypertrophie du tubercule scaphoïdien sont aussi porteurs d'une épiphyse scaphoïdienne.

CHAPITRE II

Recherches personnelles sur la fréquence et sur la bilatéralité de cet os.

A) *Données connues.* — Le scaphoïde accessoire est encore le plus fréquent des os surnuméraires du tarse. Ainsi, d'après Pfitzner, il existerait dix fois sur cent, et encore plus souvent chez la femme que chez l'homme. Pfitzner l'a trouvé vingt-six fois bilatéral et dix-sept fois unilatéral sur quarante-trois cas ; et le Docteur Mouchet trois fois bilatéral et trois fois unilatéral sur six cas. Frœlich, deux fois bilatéral et trois fois unilatéral sur cinq cas observés.

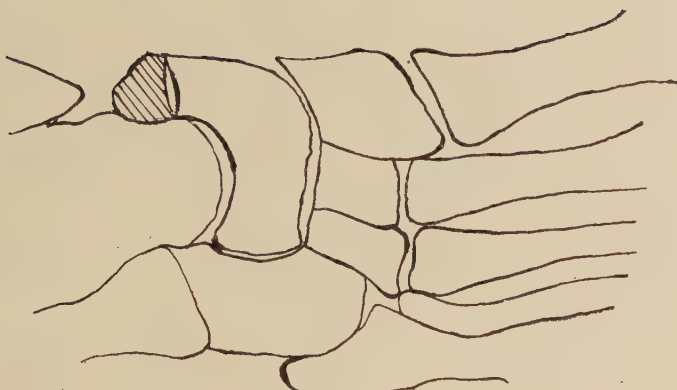
Comme on le voit, ces cas ne sont pas si rares. On n'a pas porté seulement une attention suffisante à la recherche de cet osselet. On a eu très peu recours à la radiographie systématique des pieds, et enfin, on a étiqueté à la légère sous le nom de pieds valgus quelques pieds pourvus d'un os surnuméraire du scaphoïde.

B) *Les recherches radiographiques.* — Les recherches que nous avons pu faire, au service de radiologie de l'Hôtel-Dieu, sur de nombreuses radiographies, nous ont permis de trouver quarante-une radiographies des pieds (de face).

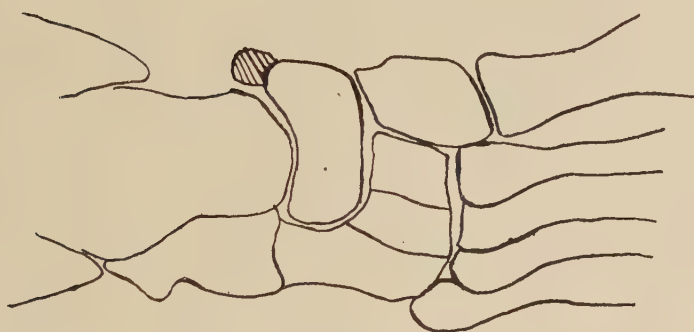
Ces radiographies de pieds — de face — nous donnent la meilleure image du squelette du pied facile à examiner, excepté dans les cas pathologiques. Ainsi, nous avons trouvé, sur ces quarante-une radiographies, trois fois l'os tibial externe tout à fait caractéristique et dans tous les trois cas sur le pied droit, qui a été, du reste, seul radiographié ; ce qui nous donne un chiffre de 8 %.

Malheureusement, des causes d'erreurs subsistent : 1° beaucoup des pieds radiographiés sont des pieds pathologiques (fractures, etc.) et ne permettent, de ce fait, la constatation de cet osselet même quand il existe réellement ; 2° d'habitude, un seul des pieds a été radiographié et, par conséquent, il est tout à fait difficile d'être fixé sur l'uni ou bilatéralité des anomalies.

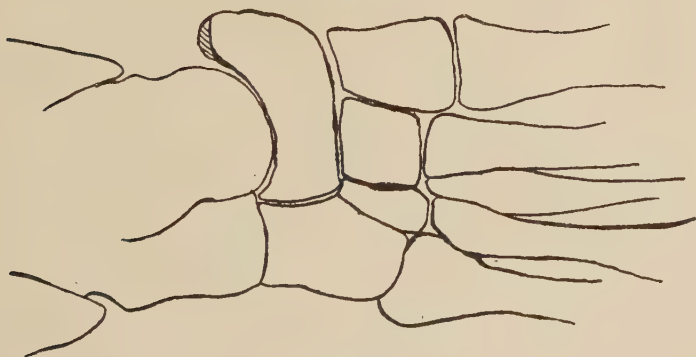
L'examen de ces différents clichés, s'il n'est pas concluant au point de vue de proportion et de uni ou bilatéralité de l'osselet, a cependant l'avantage de nous montrer l'existence des formes bien spéciales du scaphoïde. Notamment, le cliché n° 1 nous présente un scaphoïde à apophyse postéro-interne très développée qui peut être, à la rigueur, considérée comme la soudure d'un os tibial externum fusionné avec le scaphoïde et qui, cliniquement, devait se rapprocher beaucoup des cas envisagés par Jaboulay lorsque,



Cliché n° 1



Cliché n° 2



Cliché n° 3

avant l'emploi courant de la radiographie, il estimait que tous les scaphoïdes aux tubercules saillants étaient dus à la présence d'un scaphoïde accessoire.

Le cliché n° 2 nous présente un tibial externum de la grosseur d'un gros noyau de cerise ; et le cliché n° 3, un osselet surnuméraire de forme triangulaire et à base antérieure assez élargie.

C) *Les recherches squelettiques.* — Nous avons pu aussi examiner au Musée d'anatomie de la Faculté des squelettes entiers et ainsi nous rendre compte d'une façon évidente de l'anomalie qui nous intéresse.

Sur trente-six squelettes examinés nous avons pu constater cinq cas intéressants pour nous. Ainsi, dans un cas, on a trouvé un os tibial externum bilatéral et complètement détaché du scaphoïde, par dissection, mais fixé à celui-ci au moyen du fil métallique. Il était gros comme une tête d'épingle.

L'autre cas nous donne l'os tibial bilatéral, mais soudé au scaphoïde complètement du côté droit et beaucoup moins du côté gauche. On voit du côté gauche qu'un tiers de la base antérieure de l'os tibial est soudé au scaphoïde et que les deux autres tiers présentent une surface lisse, plane et qui correspond juste à une telle surface sur le scaphoïde. Ces surfaces donnent tout à fait l'aspect des surfaces articulaires et nous restent, ainsi, comme témoins de l'existence antérieure toute une petite articulation entre l'osselet accessoire et le scaphoïde. De même, on remarque du côté droit une encoche très nette qui nous indique les limites des deux os.

Dans le troisième cas, nous avons la tubérosité du scaphoïde du pied droit qui est de beaucoup plus forte et plus prolongée en arrière que celle du pied gauche qui, aussi, ne paraît pas être de volume normal.

Enfin, dans deux cas, nous trouvons les tubercules scaphoïdiens des pieds gauches plus forts et plus prolongés en arrière que ceux des pieds droits qui paraissent être normaux.

Donc, sur ces cinq cas, nous avons eu trois cas de l'os accessoire bilatéral et deux cas de l'os unilatéral; ce qui nous donne un chiffre de 14 %.

Ces examens squelettiques présentent un grand intérêt d'avoir portés sur les squelettes entiers dont les deux pieds étaient complets ainsi nous permettant l'estimation sur l'uni ou bilatéralité de l'anomalie.

Nous sommes convaincus que nous aurions trouvé un chiffre encore plus élevé si on avait fait assez d'attention, en disséquant, à ces petites anomalies auxquelles on ne pense très souvent et qui nous échappent ainsi.

Les chiffres que nous avons obtenus par nos recherches radiographiques et squelettiques ne concordent pas bien à la première vue ; et cependant cette contradiction apparente est facilement explicable, par ce fait, qu'on n'a pas l'habitude de radiographie systématique des deux pieds qui, seule, pourrait permettre la constatation certaine de l'existence de l'os accessoire et de son uni ou bilatéralité. L'habitude de radiographier rien qu'un pied nous laisse échapper la constatation de cet osselet, alors même quand il existe vraiment sur l'autre pied.

C'est pour toutes ces raisons que notre examen, qui a porté sur les squelettes desséchés, nous a donné un chiffre plus élevé que celui des radiographies, et surtout parce que les causes d'erreurs sont beaucoup moindres quand on a affaire à des squelettes.

CHAPITRE III

Le Scaphoïde accessoire douloureux.

I. — Observation personnelle.

(Due à M. le Professeur agrégé P. SANTY, communiquée à la Société de Chirurgie de Lyon, à la séance du 28 février 1924.)

Nos recherches ont pris naissance à l'occasion de l'observation qui va suivre et c'est en la comparant aux autres observations rapportées dans la littérature médicale, qu'il nous sera plus facile de l'étudier et d'essayer d'en tirer des conclusions pathogéniques et thérapeutiques.

Mme M..., 32 ans, sans antécédents ostéo-articulaires, chute sur le pied droit, dans le courant de juillet 1923, avec persistance de phénomènes douloureux mis sur le compte d'une entorse. En réalité, ces douleurs ont une localisation très précise. La malade se plaint uniquement du bord interne de son pied et plus spécialement de sa région scaphoïdienne. Le tubercule du scaphoïde est anormalement saillant et la pression est très douloureuse à son niveau ; en outre, dès

que la marche se prolonge au delà de quelques minutes, les douleurs s'exagèrent, au point d'obliger la malade à s'arrêter.

Sur une radiographie du pied posé à plat, le Docteur Japiot découvre l'existence d'une anomalie très caractéristique: le scaphoïde porte dans le prolongement de son bord interne un os surnuméraire très visible, triangulaire, à base antérieure et à sommet mousse postérieur paraissant s'articuler en dehors avec la tête d'astragale. L'examen du pied gauche ne révèle pas de saillie aussi accusée du scaphoïde, la radiographie n'a malheureusement pas été pratiquée.

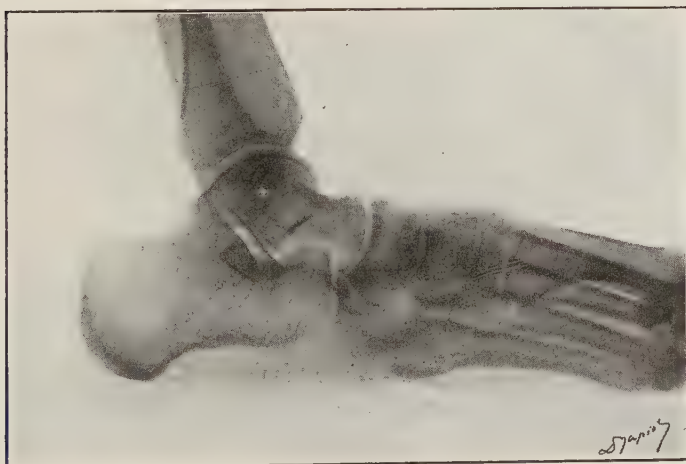
Devant la persistance des phénomènes douloureux, on conseille à la malade de se faire enlever l'osselet douloureux. Le 4 octobre, sous anesthésie locale, on procède à l'ablation de ce scaphoïde accessoire. Il est abordé après dilascération des fibres épanouies du jambier postérieur, et apparaît à la façon d'un segment du scaphoïde qui aurait été séparé de l'os principal artificiellement, tant ses connexions avec lui sont intimes. Il n'existe pas, du reste, à proprement parler, de surface articulaire entre le scaphoïde et son accessoire, tandis que la face de l'osselet qui regarde la tête de l'astragale en est séparée par une véritable articulation. Les suites opératoires ont été banales.

La malade a été revue le 7 décembre 1923. A cette époque, l'état local était parfait, la cicatrice indolente et le tissu cellulaire souple et sans gonflement. Les phénomènes douloureux, par contre, bien que très diminués, réapparaissent à l'occasion d'une marche prolongée ou d'une fatigue exagérée. La malade est très satisfaite du résultat.

Le petit os prélevé lors de l'intervention et la radiographie (voir cliché n° 1 du hors-texte) que je vous présente, illustre mieux que bien des commentaires cette observation. Il est certainement regrettable qu'une radiographie du pied sain n'ait pu être faite. En son absence, l'examen clinique comparatif des deux pieds permettait de noter que le tubercule du scaphoïde du côté sain était moins saillant que celui du côté douloureux. Mais néanmoins, l'épreuve radiographique apportée nous montre un aspect si anormal du scaphoïde que l'on est bien conduit à admettre qu'il s'agit d'une anomalie, d'un scaphoïde devenu douloureux à la suite du traumatisme.



№ 1



№ 2

(Je vous en apporte aussi un autre cas, découvert par hasard sur un cliché fait par le Docteur Japiot pour un de mes malades qui se plaignait de tarsalgie indépendante, semble-t-il, de cette petite anomalie.)

Dans le cas que je vous présente, les phénomènes douloureux n'ont fait leur apparition qu'à la suite du traumatisme qui ne paraît pas avoir porté spécialement sur la région scaphoïdienne, mais avoir eu plutôt le mécanisme d'une entorse tibio-tarsienne.

J'ai le sentiment que la région scaphoïdienne est devenue douloureuse dans les premières tentatives de marche, qui ont succédé à ce traumatisme, tentatives qui, comme d'habitude, ont dû se faire sur un pied placé en attitude vicieuse, en valgus, entraînant pour l'articulation du scaphoïde et du petit osselet un fonctionnement anormal et douloureux.

Le diagnostic est difficile, dans certains cas, entre la nature congénitale de l'os accessoire et une fracture parcellaire du scaphoïde. Intérêt qui apparaît surtout en matière d'expertise, puisque, au point de vue thérapeutique, qu'il y ait fracture ou anomalie, la douleur semble devoir toujours motiver l'ablation chirurgicale.

CONSIDÉRATIONS. — Ainsi donc, il s'est agi dans notre cas d'une affection qui s'est présentée avec la physionomie très nette d'une séquelle de traumatisme.

La malade attirait tout d'abord l'attention sur la saillie manifestement anormale de son scaphoïde droit autour duquel s'irradiaient les phénomènes douloureux dont elle se plaignait.

La découverte radiographique de petit os accessoire parut éclairer complètement son histoire et c'est pour ces raisons-là que sur cet osselet lui-même se porta la thérapeutique.

Mais la persistance des phénomènes douloureux très atténués cependant obligea à en rechercher la

cause en dehors même de la malformation scaphoïdienne ; et c'est cela juste ce qu'on fait aussi un bon nombre d'auteurs ayant observé des cas similaires.

Les observations (publiées) de scaphoïde accessoire accompagné de phénomènes douloureux survenus, soit d'une manière spontanée (après la fatigue de la marche), soit après un traumatisme de l'intensité différente sont en nombre relativement restreint.

Observations.

OBSERVATION I

(Docteur LAPOINTE, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*,
7 juin 1911)

Le nommé D..., 24 ans, terrassier, marchait sur le bord d'une tranchée et son pied gauche, chaussé d'un gros brodequin de travail, fit ébouler la terre et glissa sur le bord de la tranchée, sans qu'il vint porter, cependant, sur le fond de celle-ci.

D... éprouva une douleur vers la partie postérieure du pied qui l'obligea de quitter son travail. Son premier médecin constata à l'examen une saillie anormale et douloureuse au niveau de la tubérosité du scaphoïde du pied gauche, sans excoriation cutanée ni ecchymose. Légère tuméfaction des parties molles autour de la saillie.

Quatorze jours après l'accident, le malade fut examiné par le Docteur Lapointe, qui constata : le pied gauche présente une déformation localisée à la tubérosité du scaphoïde. Cette tubérosité fait, sur le bord interne du pied, une saillie très

marquée, régulièrement arrondie. Ni crépitation, ni mobilité anormale ; aucune infiltration ecchymotique, pas la moindre tuméfaction des parties molles.

La voûte plantaire est effacée par cette énorme tubérosité ; mais on ne constate pas les autres signes habituels du pied plat. La saillie osseuse est un peu douloureuse à la pression. D... ne souffre en aucun autre point. Du reste, son pied est souple ; les articulations tibio-tarsienne et tarso-tarsienne ont conservé toute leur mobilité. Légère boiterie.

Le bord interne du pied droit, dont le malade ne souffre pas du tout, n'est pas absolument normal. La tubérosité du scaphoïde paraît un peu grosse et la voûte plantaire est légèrement effacée, sans autre signe de pied plat valgus.

On fut assez embarrassé pour formuler un diagnostic. Ce n'était certainement pas un pied plat classique. On ne pouvait songer à une luxation du scaphoïde sur le bord interne du pied, puisque le corps de l'os avait conservé ses rapports avec la tête de l'astragale et les trois cunéiformes. La légèreté du trauma invoqué rendait la luxation bien peu vraisemblable, et, pour des raisons analogues, l'hypothèse d'une fracture récente ne pouvait être retenue.

A l'examen des radiographies du pied gauche, on voit une ligne claire, qui coupe presque verticalement ce qui paraît être la tubérosité du scaphoïde. S'agit-il réellement d'une fracture récente ou même ancienne ? L'examen clinique, d'une part, et, d'autre part, la netteté de l'espace clair, la régularité des surfaces osseuses maintenues parfaitement au contact, sans déplacement ni dentelures, tout concordait pour rejeter l'hypothèse d'une fracture récente, et celle de fracture ancienne n'était pas plus satisfaisante.

La régularité de l'espace clair donnait, cependant, l'impression d'un interligne articulaire ou d'un cartilage de conjugaison. Les contours de la masse osseuse distale étaient ceux que donne le profil d'un scaphoïde normal. Ces différentes constatations firent penser qu'il ne s'agit pas plus d'une fracture ancienne que d'une fracture récente, et que la masse proximale était probablement un os tarsien supplémentaire accolé au scaphoïde.

D... voulut bien laisser radiographier son pied droit, et on eut la satisfaction d'y trouver un argument péremptoire. On voit, en effet, et bien mieux sur l'épreuve de face, un noyau surajouté à l'extrémité postéro-interne du scaphoïde. Bien qu'il soit moins gros et qu'il ne soit pas accolé à l'os principal, comme à gauche, il est évident qu'il s'agit d'une formation de même valeur morphologique. C'était l'os tibial externum, que je n'avais encore jamais rencontré.

OBSERVATION II

(Docteur A. MOUCHET, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1913)

D... René, 16 ans, vient consulter pour les douleurs qu'il ressent dans le pied gauche. C'est un grand garçon, assez maigre. Il est garçon charcutier et reste toute la journée debout. Depuis trois ou quatre mois, il se sent très fatigué, le soir, quand son travail est terminé, et il éprouve de vives douleurs dans le pied gauche. Il a été toujours bien portant.

Nous sommes frappé par la saillie exagérée de la tubérosité du scaphoïde sur le bord interne du pied gauche. Ce bord interne est, cependant, un peu abaissé. Les tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils sont un peu contracturés. Cependant, les mouvements du pied sur la jambe sont complets.

Le jeune homme accuse des douleurs spontanées autour des malléoles et au niveau du scaphoïde ; la pression sur cet os ne réveille point de sensibilité spéciale. La peau est un peu rouge au niveau de la tubérosité du scaphoïde, sans doute à cause de la pression du soulier, mais elle n'est pas épaissie.

Le pied droit ne présente pas une saillie aussi marquée du scaphoïde que le pied gauche ; cependant, il est, comme lui, aplati.

D'ailleurs, nous avons pris les empreintes plantaires et l'on peut constater l'effondrement de la voûte (et surtout à gauche).

Nous avons donc affaire à un pied plat valgus bilatéral, surtout marqué à gauche. Nous étions cependant persuadé que nous n'avions pas affaire à un pied plat valgus ordinaire, surtout à gauche, et on pensa à l'existence d'un os tibial externum.

On radiographia les deux pieds et on constata l'existence d'un os « tibial externum » sur le pied gauche seulement, le seul qui faisait souffrir D...

Estimant que c'était la présence de cet os surnuméraire qui causait des douleurs à D..., on fait l'extirpation de l'osset.

La déformation du pied gauche en pied plat valgus persistant malgré le repos de plusieurs mois, nous avons fait porter à notre malade une petite botte en celluloïd, avec semelle métallique plantaire, destinée à relever fortement le bord interne du pied.

Plusieurs mois après, nous avons revu notre malade : il a été bien amélioré par le port de la semelle métallique.

OBSERVATION III

(Docteur MOUCHET, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1913)

Mme Ch... Jeanne, 27 ans, se plaint de souffrir dans le pied droit depuis six mois.

Mme Ch... porte une adénite certainement tuberculeuse en période de poussée inflammatoire dans la région sous-mentale et des cicatrices très nettes d'« écrouelles » dans les régions sous-maxillaires droite et gauche.

A l'examen du pied, on est frappé par la saillie très marquée des tubérosités de ses scaphoïdes, et surtout par la

saillie du scaphoïde droit, qui est vraiment acumminée, soulevant la peau. Les pieds ne sont pas aplatis. Les empreintes plantaires des deux pieds sont normales.

La radiographie des deux pieds montre un os « tibial externum » des deux côtés, plus développé à droite.

OBSERVATION IV

(Docteur MOUCHET)

Mme M... Caroline, 31 ans, ressent des douleurs dans les deux pieds, depuis un mois, à l'occasion d'une marche un peu prolongée ou à la fin de la journée.

A l'inspection, le pied paraît normal ; cependant, à gauche, la voûte plantaire est nettement effondrée, sans saillie au bord interne du pied, sans exagération du volume de la tubérosité scaphoïdienne.

Les empreintes plantaires montrent un pied normal à droite et l'effondrement de la voûte à gauche. Les douleurs ne sont pas spécialement localisées au niveau du scaphoïde, elles siègent au pourtour des malléoles.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels méritant d'être signalés.

La radiographie montre un os tibial externum à chaque pied. A gauche, le scaphoïde paraît avoir une tubérosité plus volumineuse qu'à droite.

On prescrit le port de chaussures bien cambrées, comme pour le pied plat valgus ordinaire.

OBSERVATION V

(Docteur MOUCHET)

Mme B... Marianne, 47 ans, se plaint de douleurs dans le pied droit. Ces douleurs sont plus accusées à la fin de la journée, après la marche un peu prolongée. Elles sont localisées au niveau du bord externe du pied.

Le pied est d'aspect absolument normal ; il n'est ni aplati, ni valgus. Toutes les articulations sont souples. La radiographie démontre l'existence d'un os tibial externum aux deux pieds.

OBSERVATION VI

(Docteur MOUCHET)

X..., 30 ans, ressent des douleurs dans le pied droit depuis quelques semaines. Il n'avait jamais ressenti jusqu'alors de douleurs dans ce pied. Il n'a jamais eu de rhumatisme, ni de blennorragie ; il nie également la syphilis. Pendant son service militaire, il n'a jamais souffert du pied après la marche, même prolongée.

Le pied droit (comme le gauche d'ailleurs) est d'aspect normal, bien cambré. L'empreinte plantaire est tout à fait normale.

Les douleurs spontanées, survenant surtout à la fin de la journée, sont localisées au milieu du bord interne du pied ; la pression sur le tubercule du scaphoïde, qui n'est pas spécialement saillant, réveille en ce point une douleur assez vive.

La radiographie montre la présence d'un os tibial externum, qui n'existe pas au pied gauche.

OBSERVATION VII

(Docteur MOUCHET)

Malade souffrant d'un pied. L'os tibial unilatéral n'accuse sa présence par aucune saillie visible ou palpable, et la pression sur lui ne réveille qu'une sensibilité insignifiante. Il est impossible d'attribuer à cet os surnuméraire la moindre part dans les douleurs.

OBSERVATION VIII

(Docteur CAPETTE, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*,
23 juin 1913)

Une jeune fille, en parfaite santé par ailleurs, ressentit un peu de gêne douloureuse dans le fonctionnement du pied droit. Le soir, et particulièrement après des journées de fatigue, elle se plaignait de souffrir vivement vers le milieu du bord interne du pied.

Un médecin pensa à un début du pied plat, conseilla du repos et prescrivit une chaussure appropriée. La malade partit en vacances et ne pratiqua pas les conseils de son médecin. Elle jouait même au tennis.

Après cette période de fatigue, les phénomènes douloureux devinrent plus intenses et M. Capette examina la malade. Les troubles fonctionnels étaient toujours les mêmes : fatigue rapide après la marche, et surtout la douleur très nette, sur le bord interne du pied.

A l'examen, la voûte plantaire, nullement affaissée, présentait un aspect normal, semblable en tous points à celui de la plante du pied gauche. D'autre part, il existait une saillie très nette du scaphoïde sous les téguments légèrement rosés à ce niveau. La palpation était très douloureuse, réalisant absolument le type d'un point osseux au cours d'une ostéite tuberculeuse.

On pensa à la possibilité d'un os tibial externe et on fit une radiographie, qui confirma pleinement ce diagnostic. La radiographie démontra, en même temps, l'intégrité absolue du reste du squelette du pied droit, comme du pied gauche.

On fit l'extirpation de l'osselet. Les suites opératoires furent simples. Depuis plus de quatorze mois, la malade est en pleine guérison.

OBSERVATION IX

(FRÆLICH, *Revue d'Orthopédie*, 1913)

Fillette de 13 ans. Traumatisme du dos du pied ayant abouti, six semaines plus tard, à un syndrome de pied plat valgus avec saillie du scaphoïde qui est douloureuse et que recouvre un durillon. La radiographie montre l'existence d'un os scaphoïde accessoire typique, du volume d'un pois.

OBSERVATION X

(FRÆLICH, 1913)

Fillette de 12 ans, porteur de saillies des deux scaphoïdes très anormales, aux modifications de la peau à leur niveau, peau qui rougit à la fin de la journée. Les deux pieds deviennent, vers le soir, très douloureux et se placent en valgus.

La radiographie montre l'existence de deux osselets accessoires très volumineux et de forme très typique.

OBSERVATION XI

(FRÉLICH, 1913)

Fillette de 14 ans. Région scaphoïdienne des deux côtés spontanément douloureuse et très douloureuse aussi à la pression. Pied plat valgus des deux côtés.

La radiographie montre un scaphoïde accessoire bilatéral, plus marqué cependant à droite. La malade a été améliorée par le port d'une chaussure relevant le bord interne du pied.

OBSERVATION XII

(Due à M. le Docteur BRESSOT, de Constantine, communiquée, au mois d'avril, à la Société de Chirurgie de Lyon)

Il s'agit d'un tirailleur, grand, maigre et sans aucun antécédent pathologique, qui se plaint de souffrir, depuis trois à quatre ans, de douleurs assez violentes dans le pied droit. Ces douleurs deviennent particulièrement vives le soir ou après une longue marche et sont devenues intolérables, il y a trois semaines, à cause d'un saut.

A l'examen, ce qui frappe, c'est la saillie anormale du tubercule scaphoïdien. La peau, un peu rouge, n'est pas ulcérée.

Le malade localise sa douleur dans une région englobant le scaphoïde, la malléole interne et le cuboïde ; mais la pression du tubercule scaphoïdien réveille une souffrance très forte et rappelle la douleur que l'on provoque par la pression au niveau d'un point fracturé ou atteint d'ostéite tuberculeuse. Pas d'autre point douloureux. Les mouvements des articulations du pied sont complets.

Les empreintes plantaires ne montrent pas d'affaissement de la voûte, ni du côté droit, ni du côté gauche.

Au pied gauche, dont le malade ne se plaint d'ailleurs pas, on constate également une saillie un peu accentuée du tubercule scaphoïdien, mais dont la pression n'est pas douloureuse.

En raison de tout cela, on pensa bien plus à une malformation du tarse qu'à une lésion osseuse véritable. C'est d'ailleurs ce que vérifia l'examen radiographique.

A droite, l'os accessoire est très net ; le même os existe bien aussi à gauche, mais il est, de ce côté, de dimensions restreintes.

Estimant que c'était la présence de cet osselet scaphoïdien accessoire anormalement développé à droite qui était la cause des souffrances accusées par le malade, on fait l'extirpation chirurgicale de cet osselet. Les suites opératoires furent particulièrement simples ; le malade se levait au quinzième jour. Il ne souffre plus du tout de son pied, même après les marches les plus longues.

CONSIDÉRATIONS. — Dans une première catégorie des cas l'histoire pathologique de malade est tout entière développée autour du petit os surnuméraire. La saillie de celui-ci se trouve anormalement poréminente au-dessous des téguments ; quelquefois même la peau rougit à ce niveau ou devient le siège d'un durillon (comme dans le cas de Frœlich) dû aux traumatismes légers et répétés. La pression, sur ce petit os, est même douloureuse, et nous le verrons en étudiant le diagnostic comme la douleur fait son apparition habituellement après un traumatisme, plus ou moins évident, ou même spontanément, à la suite d'une fatigue de la marche.

La première idée qui se présentait à l'esprit du chirurgien dans les cas pareils, était toujours qu'il s'agissait ou d'une fracture de scaphoïde ou même d'une inflammation de cet os c'est-à-dire d'une ostéite bacillaire ou d'une ostéomyélite (par exemple chez Lapointe, Capette, Frœlich).

Mais il est intéressant de constater que, dans une autre catégorie des cas, à côté de la certitude que donne le cliché radiographique sur l'existence d'os surnuméraire, existent les lésions de l'avant-pied : pied plat valgus, et on arrive ainsi à se demander quelle est la part respective qui revient dans les phénomènes douloureux au pied plat et à l'osselet accessoire.

II. — Causes expliquant les phénomènes douloureux dus à l'os accessoire.

Dans l'observation de Frœlich (Obs. IX) qui ressemble singulièrement à celle que nous rapportons, cet auteur admet que la cause des douleurs est imputable à l'apparition d'un certain degré d'ostéo-arthrite au niveau de la petite articulation séparant l'osselet de la facette, que lui réserve la face postéro-externe du tubercule du scaphoïde et que cet état inflammatoire est la conséquence d'un traumatisme qui n'a pas porté juste sur le scaphoïde mais sur le dos du pied.

Cependant, ces considérations ont pris naissance grâce à une hypothèse que l'auteur n'a pas pu véri-

fier, parce qu'il n'a pas opéré sa malade. Au contraire, dans notre cas, il est hors de doute, que cette petite articulation accessoire a été le siège de phénomènes inflammatoires qui avaient abouti à la disparition presque complète du cartilage de revêtement de cette petite facette articulaire.

Il est, en effet, encore tout à fait possible d'admettre qu'un traumatisme atteignant avec prédilection le tubercule du scaphoïde anormalement saillant, puisse déterminer une entorse de l'articulation en question suivie d'ankylose partielle douloureuse.

Mais ce qui peut être vrai pour un traumatisme unique l'est encore davantage quand il s'agit d'un traumatisme habituel ou répété et c'est ici qu'on peut faire intervenir un facteur très important, qui est le pied plat valgus.

Ainsi, dans bon nombre d'observations, les auteurs attirent, en effet, l'attention (par exemple Frœlich, Mouchet) sur l'existence d'une tarsalgie typique, à l'étude radiographique de laquelle on a trouvé un scaphoïde accessoire.

Nous en possédons nous-mêmes une très belle observation dans laquelle on découvrit un petit scaphoïde accessoire (voir cliché n° 2 du hors-texte) chez un malade obèse, 40 ans, venu consulter pour des phénomènes douloureux dans la région médio-tarsienne et trouvé porteur d'un pied plat typique avec effondrement de la voûte plantaire. L'osselet coexistant avec cette malformation du pied ne paraissait nullement être cause de ces phénomènes douloureux qui furent soulagés par le port d'une chaussure pour pied plat.

Au contraire dans d'autres cas, le pied plat et scaphoïde paraissent plus intimement liés, et il semble alors que le petit os devient douloureux, lui-même, à cause de l'effort supplémentaire que lui demandent les mauvaises attitudes du pied (par exemple chez Frœlich, Mouchet). Dans ces cas-là, il s'agit de scaphoïde accessoire douloureux, typique, comme cause déterminante des phénomènes douloureux manifestement liés (dus) à l'existence d'une autre malformation, plus étendue, du pied dont la connaissance est indispensable au point de vue thérapeutique.

C'est là, d'ailleurs, le point de vue que M. le Professeur Nové-Josserand a également exposé à la Société de Chirurgie de Lyon lors de la présentation de notre observation personnelle.

Frœlich, depuis longtemps déjà, notait la coexistence fréquente de cette malformation (pied plat valgus) avec l'os scaphoïde accessoire — et il l'expliquait alors, cette malformation, comme étant créée par une propagation de l'inflammation (post-traumatique) de la petite articulation, séparant l'osselet du scaphoïde, — à l'articulation de Choppart : ce qui donnait, enfin, la tarsalgie.

Mais il avait, en outre, la tendance, étant donné le jeune âge des malades qu'il a observés, à rapprocher ces douleurs des apophysites de l'adolescence. — En réalité, dans aucun des cas publiés, on n'a jamais trouvé de véritables états inflammatoires de la région scaphoïdienne. Tout se borne, habituellement, à un peu de rougeur des téguments — explicable par le traumatisme habituel — et aux phénomènes locaux.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Depuis que la connaissance de cet osselet accessoire s'est répandue et que, par ailleurs, il est devenu de notion plus courante qu'il pouvait entraîner des phénomènes douloureux, le diagnostic exact de l'étiologie de douleur de la région scaphoïdienne, survenant à l'occasion d'un traumatisme de l'apophyse du scaphoïde, expose à moins d'erreurs que jadis.

En effet, l'erreur classique était la fracture du scaphoïde. Mais ce que nous avons dit en débutant de l'anatomie du scaphoïde, aurait dû éviter de semblables erreurs, puisque l'existence d'une apophyse marquée, ou d'un tubercule saillant, est déjà une anomalie attirant l'attention, et que seule la fracture d'une apophyse anormalement longue, peu être confondue avec le scaphoïde accessoire.

En réalité, la fracture banale du scaphoïde tarsien, rare et surtout rare à l'état isolé, intéresse le corps de l'os lui-même et non sa tubérosité normalement peu saillante et peu exposée au traumatisme.

C'est une fracture à plusieurs fragments, aux contours qui n'ont pas la régularité de l'os surnuméraire, — dont certains sont déplacés sur le dos du pied, — ou, même, cette fracture est associée à d'autres lésions du tarse. Elle résulte habituellement d'un traumatisme important et complexe. Il s'agit là, comme le dit Tanton, d'ordinaire d'une fracture indirecte entraînant l'aplatissement d'arrière en avant du corps du scaphoïde.

Ainsi par exemple dans le cas de Landwehr et Nicoletti (cité par Frœlich et Mouchet), il s'agissait d'un fragment détaché qui avait la forme d'un triangle à base interne et non, comme dans le cas d'un os tibial, la forme d'un triangle à base antéro-externe ; en plus, le trait de fracture est irrégulier, dentelé, de largeur variable dans les divers points de son trajet, — tandis que dans le cas de l'os tibial nous avons la zone claire, le séparant du scaphoïde, — tout à fait lisse et régulière.

Quant à la fracture limitée au tubercule scaphoïdien, elle paraît être exceptionnelle. Ainsi, Haglund (de Stockholm) avait décrit chez les enfants de 12 à 13 ans une fracture du tubercule scaphoïde, un décollement épiphysaire du tubercule arraché par le tendon du jambier postérieur. Mais les travaux de Frœlich, Momburg, Lilienfeld, Gangelé, etc., ont montré qu'il s'agissait, en réalité, dans les cas ainsi interprétés, d'inflammation traumatique, d'entorse développée à un niveau d'un os scaphoïde accessoire.

L'étude soigneuse du cliché ne peut donc permettre cette erreur classique. Il existe toujours dans le cas de

l'os tibial, — en dehors de ce fait, que nous avons déjà signalé, que l'existence même d'une apophyse très saillante du scaphoïde est déjà une anomalie qui devrait mettre en garde et faire penser à la possibilité de l'os accessoire, — il existe, disons-nous, un interligne articulaire à bords nets et réguliers trahissant l'existence d'un cartilage d'encroûtement et que, seule, une pseudo-arthrose, dans un cas très ancien de fracture, serait capable de posséder.

Beaucoup d'auteurs ont souligné (par exemple Lapointe, Mouchet, etc.) l'intérêt de cette constatation — surtout en matière d'expertise. Beaucoup signalent comme moyen irrécusable de diagnostic précis la radiographie du second pied, qui, mettant en évidence l'existence d'un second osselet, affirme le diagnostic d'anomalie.

Cette anomalie osseuse donnant des troubles fonctionnels comparables à ceux d'une tarsalgie ordinaire — un diagnostic, peut-être plus important, serait celui qui permettrait de différencier ce qui revient respectivement, dans les phénomènes douloureux, à l'os surnuméraire lui-même, et à une attitude anormale du pied (par exemple au pied plat valgus).

Il existe, d'une part, des faits où l'osselet surnuméraire uniquement douloureux, et faisant saillie anormale sur le bord interne du pied, lui donne l'aspect d'un pied plat valgus, — et cependant à l'examen des empreintes plantaires on trouve un pied qui a sa voûte plantaire bien marquée ; et, d'autre part, il existe des faits où on trouve la coexistence d'un os accessoire (douloureux ou non douloureux pour lui-

même) avec une déformation du pied en pied plat valgus, — qui est sans doute prédominante dans la détermination des phénomènes douloureux dans les cas où l'osselet même est aussi douloureux.

La confusion des phénomènes douloureux dus à l'une ou à l'autre malformation est possible, et un examen rapide expose à cette confusion par suite de l'aspect du bord du pied. C'est pour cela qu'il est nécessaire de faire marcher le malade devant soi, et il faut surtout prendre les empreintes plantaires.

Ainsi, une étude clinique soignée du pied intéressé, en comparaison avec le pied sain, l'examen minutieux des empreintes plantaires, sont autant de moyens qui permettront de dire la véritable cause de la douleur pour qu'elle puisse être traitée efficacement.

Comme il est hors de doute que le tubercule scaphoïdien, dont la saillie est exagérée par la présence d'un scaphoïde accessoire, peut devenir douloureux à la suite de traumatisme léger déterminant à son niveau des petits phénomènes d'entorse, — de même, il est certain que indirectement un traumatisme banal du pied, en obligeant simplement le malade à marcher avec une attitude de contrainte (par exemple marche sur le bord interne du pied après certaines entorses), — peut faire apparaître des douleurs au niveau du scaphoïde accessoire comme ce qu'il provoque souvent l'apparition d'un durillon dans une situation anormale du pied.

Quelquefois, il est nécessaire d'éliminer d'autres erreurs de diagnostic, plus rares, mais possibles à faire.

Frœlich rapporte (*Revue d'Orthopédie*, 1913) l'observation d'un petit garçon de 13 ans, qui présentait un syndrome douloureux analogue à celui d'osselet accessoire douloureux. — On lui fait une radiographie du pied et on trouve seulement un gros scaphoïde, au tubercule saillant, et une ossification irrégulière de cet os. On conclut à une scaphoïdite tarsienne ou maladie de Köhler.

Docteur Capette, dans son observation (Obs. VIII), raconte que la pression sur la saillie très nette du scaphoïde était très douloureuse, « réalisant absolument le type d'un point osseux au cours d'une ostéite tuberculeuse ».

Frœlich différencie, enfin, l'os scaphoïde accessoire du scaphoïde bipartitum, c'est-à-dire du scaphoïde du pied formé de deux portions, l'une principale interne, l'autre rectangulaire externe plus petite : bipartition semblable à ce que l'on observe pour le scaphoïde de la main.

Il le fait pour la raison que le fragment postéro-interne peut devenir le siège des lésions d'apophysite et, ainsi, complètement réaliser un syndrome douloureux semblable à celui de l'osselet scaphoïde accessoire douloureux.

CHAPITRE V

Traitement.

Nous serons très brefs sur ce dernier point, car nous ne pouvons avoir la prétention de faire ici le traitement de toutes tarsalgies possibles en cause dans bon nombre des cas. — C'est le diagnostic étiologique qui en sera le meilleur guide.

Tous les cas, qui se présentent pour être traités, peuvent être classés en ces deux catégories :

I. PREMIÈRE CATÉGORIE : le scaphoïde accessoire douloureux mais sans pied plat valgus vrai ;

II. SECONDE CATÉGORIE : le scaphoïde accessoire douloureux avec pied plat valgus vrai.

C'est ainsi que sur la connaissance exacte de ces notions-là, sera basée notre thérapeutique et l'efficacité de cette thérapeutique.

La bénignité de l'intervention chirurgicale, telle que l'ablation sous anesthésie locale d'un osselet surnuméraire douloureux, nous a paru légitimer dans notre propre cas l'exérèse de l'os accessoire.

Mais il est certain, seuls seront justiciables de ce traitement les osselets qui, comme dans notre cas soulèvent fortement les téguments, sont par leur seule présence un point d'appel pour traumatisme et sont en outre le siège des phénomènes douloureux incontestables. Encore, on ne devrait oublier la grande grande fréquence du pied plat valgus vrai coexistant, et le traitement palliatif de cette attitude constatée sera toujours le complément utile de la thérapeutique chirurgicale précitée.

Il est des cas, au contraire, où cette thérapeutique palliative sera seule admise. Ce sont ces cas pour lesquels il est difficile de voir la part exacte qui revient au pied plat valgus et à l'os tibial, dans les phénomènes douloureux existants.

Chez l'enfant, notamment, le traitement du pied plat devra toujours être le premier entrepris — par le repos et une chaussure appropriée — et seul l'échec de ces premiers moyens et la persistance d'un point douloureux au niveau de l'os surnuméraire pourra faire proposer l'opération sanglante : ablation de l'osselet douloureux.

Nous pensons que c'est intéressant de rappeler, en terminant ce chapitre, que, sur douze cas douloureux de l'os tibial trouvés dans la littérature, on est intervenu d'une façon sanglante sur l'osselet douloureux seulement dans trois cas. — Dans le premier cas (celui

de Mouchet : Obs. II) cet osselet coexistait avec un pied plat valgus et son ablation n'amena pas la guérison. On se trouva dans la nécessité de traiter le pied plat par le port d'une botte en celluloïde avec semelle métallique plantaire, et le malade fut amélioré.

Dans le deuxième cas (celui de Capette : Obs. VIII) l'osselet, devenu douloureux spontanément (par la fatigue), existait seul sans déformation du pied en pied plat valgus. Opération : ablation de l'osselet fut faite et la malade guérit complètement.

Enfin, le troisième cas (celui du Docteur Bressot : Obs. XII) était pareil au précédent, et la guérison parfaite fut la conséquence de l'ablation de l'os tibial douloureux.

Conclusions.

I. — L'existence d'un scaphoïde accessoire du pied, ou os tibial externe est connue depuis fort longtemps et interprétée comme une malformation régressive : le petit os existant chez un grand nombre de mammifères.

II. — L'existence chez l'homme de l'os tibial externe n'a jamais été démontrée avec précision.

Nous avons cherché par l'examen d'un grand nombre de radiographies et de squelettes desséchés quelle était la proportion d'existence de cet os. L'étude des radiographies nous a fourni un pourcentage de 8 %.

L'étude des squelettes desséchés nous a fourni un chiffre de 14 %. Cette apparente contradiction s'expliquant par l'unilatéralité d'un certain nombre de cas d'os tibial externe, qui échappent de ce fait aux examens radiographiques unilatéraux.

III. — Il peut être le point de départ de phénomènes douloureux post-traumatiques. Nous rapportons une belle observation de ce genre.

IV. — Il semble que les phénomènes douloureux paraissant dus à l'existence de cet os tibial externe, soit au moins autant le résultat d'une attitude anormale du pied peut-être due à une malformation assez étendue du squelette.

V. — Cette conception explique les succès incomplets que donne l'ablation du scaphoïde accessoire douloureux.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

L. BÉRARD

Vu :

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Mars 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- BRESSOT (Docteur, de Constantine). — *Communication à la Soc. de Chir. de Lyon* (avril 1924).
- CAPETTE (Docteur). — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1913.
- EHRINGER. — *Thèse de Nancy*, 1908-1909.
- EINSTMANN. — *Thèse de Leipzig*, 1911, Ueber die sogenannten tarsalia.
- FRÉLICH. — *Revue d'Orthopédie*, 1913.
- FÉRÉ et DENIKER. — *Revue de Chirurgie*, 1904.
- LAPOINTE (Docteur). — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1911.
- LILIENFELD. — Ueber die sogenannten Tarsalia, die inkons-
tanten accessorischen Skelettsstücke des Fusses und ihre
Beziehungen zu den Frakturen, im Röntgenbild.
Zeitschr. für orthop. Chir.
- MOUCHET (Docteur). — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1913.
- MOMBURG. — Ein scheinbarer Bruch des os naviculare tarsi.
Archiv. für Klinische Chir., 1905.
- PFITZNER. — Die Variationen im Aufbau des Fusskeletts.
Morphologische Arbeiten, 1886.
- PFITZNER. — Beiträge zur Kenntniss des menschlichen Extre-
mitätenskeletts. *Zeitschr. für Morph. und Anthropo-
logie*, 1910, Stuttgart.
- TANTON (Docteur). — Fractures du membre inférieur. *Nou-
veau Traité de Chir.* de Le Dentu et Delbet, 1916.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine* (tome I).
-

